

# Agenesia portionis vaginalis cervicis uteri műtéti megoldása



Jánvári Nóra dr.<sup>1</sup>, Sápy Tamás dr.<sup>2</sup>, Póka Róbert dr.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Kenézy Gyula Kórház és Rendelő Intézet, Szülészeti és Nőgyógyászati Osztály, Debrecen (osztályvezető: Bacskó György dr.)

<sup>2</sup>Debreceni Egyetem, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika (intézetvezető: Póka Róbert dr., egyetemi tanár)

## ÖSSZEFOGLALÁS

Egy 16 éves nőbeteg primer amenorrhoea és erős görcsös alhasi fájdalom miatt jelentkezett a Debreceni Egyetem Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikáján. A kivizsgálás egy ritka fejlődési rendellenességet, cervix agenesiat igazolt, amelynek rekonstrukciós műtéti megoldását mutatja be a jelen esetbemutató.

## KULCSSZAVAK

obstruktív Müller-cső anomália, cervix agenesia, rekonstrukciós műtét, abdominalis trachelectomia

Nóra Jánvári, MD, Tamás Sápy, MD, Róbert Póka, MD

## Surgical correction of cervical vaginal agenesis

## ABSTRACT

A 16-year-old female patient presented for examination with primary amenorrhea and intense cramping abdominal pain in the Department of Obstetrics and Gynecology of the University of Debrecen. The investigation revealed a rare congenital anomaly: cervical agenesis. This case report presents the surgical correction of this anomaly.

## KEY WORDS

Obstructive Müllerian anomalies, cervical agenesis, reconstructive surgery, abdominal trachelectomy

## BEVEZETÉS

A Müller csövet érintő fejlődési rendellenességek hozzávetőlegesen a nők 7%-ban fordulnak elő. Ide sorolható minden fejlődésbeli eltérés mely érinti a petevezeték, az uterust, a cervixet vagy a hüvelyt [1]. Az Amerikai Reprodukív Medicina Társaság (ASRM) által létrehozott osztályozási rendszert használják leggyakrabban ezen rendellenességek besorolására. Csak a cervixet érintő malformációk pontos számáról még nem számoltak be, mivel e rendellenességek egyedüli előfordulása nagyon ritka [2]. Gátolják a menstruációs vérzés kiáramlását, ezáltal növelik a retrográd menstruáció kialakulásának kockázatát [3]. A leggyakrabban pubertás során jelenik meg primer amenorrhoea és fájdalom képében, ahogyan betegünk esetében is [4].

## ESETISMERTETÉS

16 éves betegünk primer amenorrhoea és intenzív alhasi fájdalom miatt jelentkezett a Debreceni Egyetem Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikáján. Anamnézisében 2014-ben elvégzett diagnosztikus laparoscopia szerepel, mely retrográd menstruáció és endometriosis jelenlétét igazolta. A fizikális vizsgálattal korának és érettségének megfelelő másodlagos nemi jellegeket találtunk. Tekintettel arra, hogy már volt szexuális kapcsolata, hüvelyi vizsgálatot is végeztünk, melynek során kis mobilis uterus mellett ép hüvelyfalakat, és a portio vaginalis uteri hiányát találtuk. Obstruktív anomália felmerülése miatt a továbbiakban MRI vizsgálatot végeztünk. A sagittális felvételeken látható volt a méhtest és a hüvely között egy cervix mentes terület (1. ábra). A horizontális metszeteken különbö-



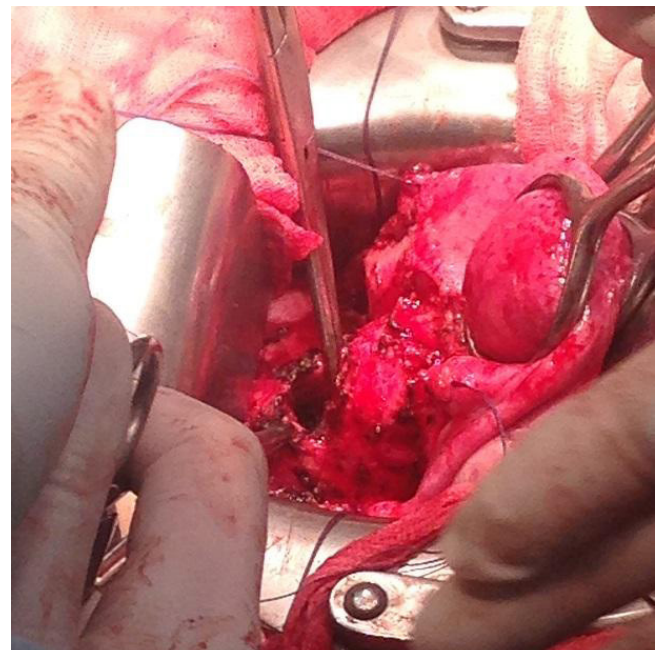
**1. ábra** Kismedencei MR vizsgálat sagittalis felvételén látható a méhtest és a hüvely közötti cervix mentes terület



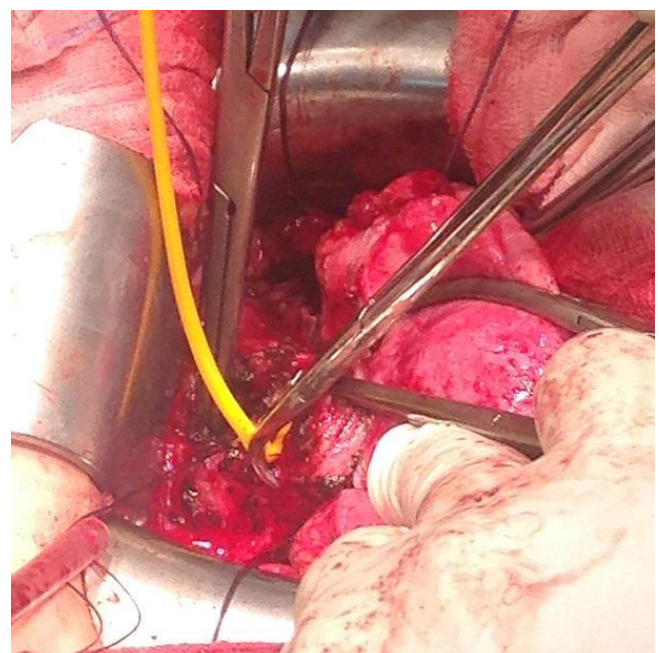
**2. ábra** Kismedencei MR kép a méhtest magasságában, melyen egyéb kismedencei fejlődési rendellenesség nem ábrázolódik.

zö magasságokban is egységes méhtest volt látható, egyéb szervi és méh fejlődési rendellenességet nem találtunk (2. ábra). A beteg életminőségének javítására és fertilitásának helyreállítása érdekében laparoscopos rekonstrukciós műtét elvégzése mellett döntöttünk.

Szabályos előkészítést követően, narkózisban 3 segéd-behatolásból laparoscopiát végeztünk. Alakilag a méhtest, a kürtök és az ováriumok épnek bizonyultak, peritonealis eltérést nem találtunk. A mellső és a hátsó áthajlás

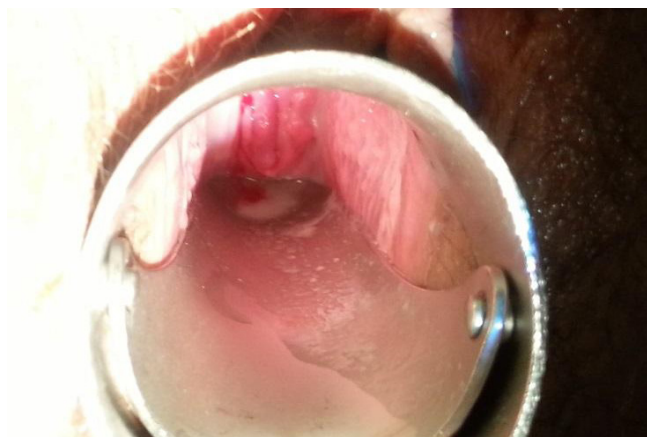


**3. ábra** Hüvely felszínének biztonságos azonosítása és megnyitása a boltozati tampon fölött



**4. ábra** A méh üregébe rögzített Foley-katéter

peritoneumán decompontált korábbi mensesre gyanús apró felrakódásokat észleltünk. A mellső áthajlást megnyitottuk, a hólyagalapot mobilizáltuk. A hüvelyboltozat és a sacrouterinalis szalagok uterusához való csatlakozási pontja között kb. 4 cm-es cervix-mentes területet találtunk. Erre való tekintettel nyitott műtetre tértünk át. Alsó haránt metszésből megnyitottuk a hasfalat. A ligamentum rotundumokat mindkét oldalon felkerestük, két-két aláöltés között átvágtuk és feltártuk a paravesicalis tere-



**5. ábra** A műtétet követő 4. héten a neo-cervix képe katéter eltávolítását követően

ket, valamint a medencefalat. Azonosítottuk a nagy ereket, az uterina törzset, valamint az uretereket, melynek distalis részét mobilizáltuk. A sacrouterinalis szalagokat leválasztottuk az uterusról és csontjaikat aláöltöttük. A hátsó peritonealis áthajlást felkeresve és meghasítva a rectumot letoltuk, valamint a húgyhólyagot tovább mobilizáltuk a mellő hüvelyfalról. Amikor elől és hátul is biztonságosan azonosítottuk a hüvely felszínét, boltozati tampon fölött szélesen megnyitottuk a hüvelyt és sarkait a sacrouterin öltésekhez rögzítettük (3. ábra). Intakt uterina törzs mellett a fundust a Douglasba nyomva elfordítottuk a méhtestet és a mellő fali harántmetszésből felkerestük a nyakcsatornát. A méh üregébe vékony Foley-katétert rögzítettünk (4. ábra). Petevezeték átjárhatósági vizsgálatot végeztünk, mely során a jobb oldali kürt szabadon átjárhatónak bizonyult, míg a bal oldali tuba nagy nyomás ellenére sem mutatott telődést. A hátsó hüvelyfali öltések fonalaait előre bujtatva zártuk a leendő hátsó boltozatot. Az uterinalis katétert levezettük a hüvelybe, majd a laterális és mellő hüvelyfali széleket a méhtest laterális és mellő felszíneihez rögzítettük. Gondos revisiot követően réteges hasfalzárást végeztünk.

A beteget profilaktikus antibiotikum terápiában részesítettük 5 napig. Az uterinalis katétert rövidre vágtuk, hogy megelőzzünk egy esetleges felszálló fertőzés kialakulását. A katétert nem távolítottuk el, csak a műtétet követő kontroll vizsgálaton. A posztoperatív szak eseménytelenül telt, szövődmény nem jelentkezett.

A beavatkozás követő 4. héten a kontroll vizsgálaton a beteg jó általános állapotban, panaszmentesen, láztalanul jelent meg. A hasfalán az alsó haránt laparotomia per primam gyógyult sebe volt látható. Hüvelyi feltárás során

eltávolítottuk az intrauterinalis drain-csővet. Colposcopos vizsgálat során a neo-cervixen kis cervicalisatio jeleit találtuk. Bimanuális vizsgálattal kis mobilis uterus volt tapintható, szabad környezetben. A hüvelyi ultrahang vizsgálat is negatívnak bizonyult.

## MEGBESZÉLÉS

A cervix agenisia egy ritkán előforduló veleszületett fejlődési rendellenesség, mely a pubertás előtt tünetek hiányában nehezen diagnosztizálható. Fontos gondolni obstrukcióval járó fejlődési rendellenességre primer amenorrhoea és ciklikus alhasi fájdalom esetén. A képalkotó vizsgálatoknak, így az MR vizsgálatnak is fontos szerepe van a diagnosztikában. Segítségükkel pontos képet kaphatunk az anatómiai viszonyokról és egyéb congenitalis anomáliák jelenlétéről. Kritikus pontnak számít mindezek ismerete a kezelési stratégia felállításában, mivel a rekonstrukció az egyetlen lehetőség, hogy javítsuk ezen betegek életminőségét a fertilitás helyreállítása mellett.

## Érdekeltségi nyilatkozat:

A szerzőknek nincsenek érdekeltiségek az ismertetett esettel kapcsolatban.

## IRODALOMJEGYZÉK

- [1] *Grimbizis GF, Campo M.* Congenital malformations of the female genital tract: the need for a new classification system. *Fertil Steril* 2010; 94: 401-407.
- [2] *Dietrich JE, Millar DM, Quint EH.* Obstructive reproductive tract anomalies. *Committee Opinion NASPAG* 2014;27(6):396-402.
- [3] *Burgis J.* Obstructive Müllerian anomalies: Case report, diagnosis and management *Am J. Obstet Gynecol* 2001;185:338-44.
- [4] *Deffarges JV, Haddad B, Musset R, Paniel BJ.* Uterovaginal anastomosis in women with uterine cervix atresia: long-term follow-up and reproductive performance. A study of 18 cases. *Hum Reprod* 2001;16:1722-5.

## Levelezési cím:

Póka Róbert dr.  
DE KK Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika  
4032 Debrecen, Nagyerdei krt. 98.  
e-mail: pokar@med.unideb.hu